

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas
sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres
que acuden al C.S. Villa San Luis : San Juan de
Miraflores, 2011**

TESIS :

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR :

Sara Cecilia Suasnabar Reyes

ASESOR :

Edna Ramírez Miranda

Lima – Perú

2012

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS
SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS
MUJERES QUE ACUDEN AL C.S. VILLA SAN LUIS
SAN JUAN DE MIRAFLORES 2011”**

*A Dios por bendecir mis días y
ser mi fortaleza a lo largo de
mi vida.*

*A mis padres, Teodora y Walter, por su
gran amor, apoyo constante, permanentes
consejos y motivación para el logro
de mis metas.*

*A mis hermanos, Jessica y Miguel, por
su comprensión, ayuda y lograr
hacerme reír en momentos difíciles.*

*A la Mg. Edna Ramírez, por
sus enseñanzas, guía y
orientación durante la
asesoría del presente
trabajo.*

INDICE

	Pág.
Índice de Gráficos	vii
Índice de Tablas	viii
Resumen	ix
Summary	x
Presentación	xi
 CAPITULO I: EL PROBLEMA	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema	1
B. Formulación del Problema	5
C. Justificación	5
D. Objetivos	6
E. Propósito	6
F. Marco Teórico	7
F.1 Antecedentes del estudio	7
F.2 Base teórica	12
G. Hipótesis	33
H. Definición Operacional de Términos	34
 CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO	
A. Tipo, Nivel y Método de estudio	35
B. Sede de estudio	35
C. Población y Muestra	36
D. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	37
E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos	38
F. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos	39
G. Consideraciones Éticas	40
 CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	
A. Resultados	41
B. Análisis y discusión	48

**CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y
RECOMENDACIONES**

A. Conclusiones	54
B. Limitaciones	55
C. Recomendaciones	55

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Nº1 Nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011	39
Nº2 Practicas sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011	40
Nº3 Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011	41

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Nº1 Conocimientos según indicadores sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011	43
Nº2 Prácticas según indicadores sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011	46

RESUMEN

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, y está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas. En Estados Unidos cerca de 200,000 nuevos casos son diagnosticados y 40,000 muertes son atribuidas a esta enfermedad. En nuestro país, según informes del Centro de Investigaciones del INEN, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en Lima Metropolitana. Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis San Juan de Miraflores 2011.

La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional. Se utilizó como técnica, la entrevista y como instrumento un cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra de 75 mujeres, concluyendo que: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis, comprobado por la prueba estadística Chi-cuadrado. El nivel de conocimientos acerca de la prevención del cáncer de mama en las mujeres que participaron en el estudio es de bajo a medio y las prácticas acerca de la prevención del cáncer de mama en las mujeres que participaron en el estudio son inadecuadas.

Palabras claves: conocimientos, prácticas, prevención del cáncer de mama, mujeres.

SUMMARY

Breast cancer is the most common cancer among women worldwide, and is increasing especially in developing countries, where most cases are diagnosed in advanced stages. In the U.S. about 200,000 new cases are diagnosed and 40,000 deaths are attributed to this disease. In our country, as reported by Research Center of INEN, breast cancer ranks first in incidence in Lima. That is why this study is to determine the relationship between the level of knowledge and practices on the prevention of breast cancer in women who come to the CS Villa San Luis San Juan de Miraflores 2011.

The research is quantitative, application level, descriptive correlational method. Was used as a technical, interview and a questionnaire as an instrument, which was applied to a sample of 75 women, concluding that: There is a significant relationship between the level of knowledge and practices on the prevention of breast cancer in women go to CS Villa San Luis, tested by Chi-square test statistic. The level of knowledge about prevention of breast cancer in women who participated in the study is low to medium and practices regarding the prevention of breast cancer in women who participated in the study are inadequate.

Keywords: knowledge, practices, prevention of breast cancer, women.

PRESENTACIÓN

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasa de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica, el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte.

Según la OMS ha proyectado que el número de casos nuevos de cáncer en el mundo cada año subirá de 11 millones en el 2002 a 16 millones en el año 2020, y el número de muertes por cáncer subirá de 6 a 10 millones.

De todas las variedades de cáncer, uno de los más frecuentes en la mujer es el Cáncer de Mama. Su mortalidad no ha disminuido a pesar de las mejoras en tratamiento y detección precoz

En nuestro país, según informes del Centro de Investigaciones del INEN, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en Lima Metropolitana.

El cáncer de mama es producto de una proliferación celular incontrolada y sucede como resultado de un daño en el ADN, pero existen

diversos factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad y debido a su naturaleza permite la prevención y detección temprana, por lo cual la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato son las armas fundamentales para el control de esta enfermedad.

De ahí, la importancia de que las mujeres conozcan sobre la prevención del cáncer de mama, reconociendo los factores de riesgo, medios de detección temprana y estilos de vida saludables. Es aquí donde cabe resaltar el papel del profesional de Enfermería, quien como parte del equipo de salud y responsable del cuidado de esta, tiene a su cargo el desarrollo de actividades preventivo promocionales direccionadas a contribuir en la disminución de la incidencia y prevalencia de la problemática del cáncer en las mujeres.

Es por ello que el presente estudio titulado “Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis San Juan de Miraflores 2011”, tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden a dicho centro de salud con el fin de reconocer las verdaderas necesidades de educación, para hacer programas de sensibilización sobre prevención del cáncer de mama.

El presente estudio de investigación consta de cuatro capítulos: Capítulo I: El problema, en el que se presenta el planteamiento, formulación y justificación del problema, objetivos, propósito, así como los antecedentes del estudio, base teórica, hipótesis y definición operacional

de términos. Capítulo II: Material y Método: en el que se expone el tipo, nivel, método de investigación, descripción del área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección y procesamiento de datos, proceso de análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión: en el que se presenta los resultados a través de gráficos, con su respectivo análisis y discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Y finalmente se presentan las Referencias bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

Según la OMS, en el año 2002 el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer.(1)

En la actualidad, se estima que 11 millones de casos nuevos de cáncer ocurren en el mundo cada año, número que aumentaría a 16 millones en el año 2020. De otro lado, en la actualidad viven 25 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa ya. (2)

En el Perú, la mortalidad por cáncer se viene incrementando, hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según las cifras

oficiales del Ministerio de Salud. Aceptando que existe subregistro, sobre un total de 14, 844 muertes por cáncer a nivel nacional, registradas por el Ministerio de Salud en el año 2003, hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres, que son las que llevan el mayor peso. Igualmente, entre 16,598 muertes por cáncer registradas en el MINSA durante el año 2004, a los varones les correspondió 7,718 muertes y 8,880 a mujeres. (3)

Respecto al Cáncer de Mama, este se ha convertido en una enfermedad de importancia creciente en todo el mundo, siendo una de las principales causas de mortalidad por cáncer en la mujer, pues así lo demuestran altas tasas a nivel mundial. (4) Así, por ejemplo en casi toda Europa, Australia y Nueva Zelanda el cáncer de mama es la principal causa de mortalidad entre los 35 y 55 años de edad. En Estados Unidos cerca de 200,000 nuevos casos son diagnosticados y 40,000 muertes son atribuidas a esta enfermedad.(5)

En nuestro país, según informes del Centro de Investigaciones del INEN, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en Lima Metropolitana. Al respecto Velarde Raúl (2007) refiere: “El aumento se debe a que los peruanos estamos adoptando costumbres de los países desarrollados como el uso indiscriminado de hormonas, anticonceptivos, además que cada día las mujeres están retrasando en inicio del primer embarazo, situación que aumenta la incidencia.(6) El riesgo acumulado de desarrollar cáncer, hasta los 74 años de edad, es de 3,5%, es decir

1 de cada 29 mujeres tiene el riesgo de desarrollar cáncer de mama hasta los 74 años de edad. (7)

El cáncer de mama es producido por una proliferación celular incontrolada y sucede como resultado de un daño en el ADN. Sin embargo la mayoría de estos cambios ocurren de forma independiente en las células del seno, es decir sin que hayan sido hereditarios, por lo que existen factores de riesgo asociados a esta enfermedad.

La mortalidad por esta enfermedad es elevada debido a que la mayor parte de los casos se diagnostican en fases avanzadas. Por lo tanto si es detectada precozmente y se inicia tratamiento en los primeros estadios tiene pronóstico favorable. (8)

De ahí, que la OMS refiera el uso de estrategias para la prevención de esta patología. Por eso la “Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Diagnostico Temprano del Cáncer de Mama a nivel Nacional” menciona las etapas en la prevención del cáncer de mama, en la cual la prevención primaria está encaminada a la realización de actividades educativas sobre esta enfermedad y los medios de detección precoz. (9)

El personal de enfermería cumple un papel importante porque participa activamente en las campañas de educación para la salud, ya que la “Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad” es una de sus labores primordiales convirtiéndose en

modelo de estilos de vida saludable, además de participar en campañas de detección precoz, mentalizando a la mujer de la importancia de detectar el cáncer de mama en estadios iniciales, animándoles a que acudan a los controles y a las visitas de seguimiento pero es necesario identificar el conocimiento que tienen las mujeres para brindar educación de acuerdo a sus necesidades.

Además en las diferentes circunstancias en las que se ha tenido contacto con mujeres que acuden al Centro de Salud Villa San Luis, al preguntarles qué conocen sobre el cáncer de mama manifestaron: “no tengo cáncer”, “no sé qué tan grave puede ser”, “la verdad no sé porque dará”, “se hacen heridas en las mamas”, al preguntarles si conocen los factores de riesgo del cáncer de mama expresaron: “no, la verdad no sé”, “tienen más riesgo las personas que tienen familiares con cáncer, es que eso se hereda” y al preguntarles si conocen los medios de detección temprana responden: “creo que el autoexamen de mama”, “no hago el auto examen de mama porque no tengo molestias”, “cuando me acuerdo, me toco las mamas”... “he escuchado varias charlas, pero de cáncer no mucho, son pocas charlas que dan de este tema”.

Estas expresiones denotan la necesidad de identificar el conocimiento y las practicas de las mujeres a fin de establecer mecanismos que motiven y direccionen a la práctica de conductas saludables en la población en general. Así, podemos plantear algunas interrogantes: ¿Qué saben las mujeres sobre el cáncer de mama?, ¿Conocen los factores de riesgo de esta enfermedad?,

¿Conocen los medios de detección temprana del cáncer de mama?, ¿Qué saben sobre el autoexamen de mama, examen clínico y mamografía?, ¿Practican el autoexamen de mama?, ¿Practican estilos de vida saludables?

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En consideración a lo anterior se formula el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la Prevención del Cáncer de Mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis - San Juan de Miraflores 2011?

C. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama constituye una de las más importantes causas de morbilidad y mortalidad en la mujer y actualmente se encuentra en constante aumento, ya que en nuestro país el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en Lima Metropolitana; por lo que una forma de controlarlo y evitarlo es reconocerlo tempranamente, para esto es necesario identificar el conocimiento que tienen las mujeres sobre esta enfermedad y las prácticas de autocuidado que realizan. De esta manera se reconocería las verdaderas necesidades de educación, para hacer programas de sensibilización sobre prevención del cáncer de mama.

El profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, tiene dentro del equipo de salud, una función importante, concientizar a la población en la gran responsabilidad de cuidar su salud, enfocándose en aquellas enfermedades de creciente

incidencia, como es el cáncer de mama; mediante actividades preventivo – promocionales dirigidas a la mujer, con el objetivo de mejorar el nivel de salud inculcando hábitos y prácticas saludables a las mujeres, para mejorar la prevención y detección temprana del cáncer de mama.

D. OBJETIVOS

General

Determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis San Juan de Miraflores 2011.

Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis.
- Describir las prácticas sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimientos y practicas sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis.

E. PROPÓSITO

El propósito de la investigación es proporcionar un marco referencial para motivar e incentivar al profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, a desarrollar actividades

preventivas promocionales que brinden información válida y confiable, disminuyendo los factores de riesgo de cáncer de mama, favoreciendo la detección temprana y contribuyendo de esta manera en la reducción de tasas de morbilidad por esta enfermedad.

Así mismo, fomentar la práctica del autocuidado en las mujeres a través del reconocimiento de los factores de riesgo, de los medios de detección temprana y la adopción de estilos de vida saludables.

F. MARCO TEÓRICO

F.1 ANTECEDENTES

1. A nivel Internacional

MENESES DE OLIVEIRA Marise y Col. en Brasil, en el año 2009 realizó un estudio de investigación titulado: **“Mujeres portadoras de cáncer de mama: conocimiento y acceso a las medidas de detección precoz”**, tuvo como objetivos evaluar el acceso a las medidas de detección precoz y el conocimiento de mujeres sometidas a quimioterapia acerca del cáncer de mama, haciendo uso de la metodología descriptiva – exploratoria con abordaje cuantitativo. La población estuvo conformada por 58 mujeres y se recolectó los datos mediante la entrevista estructurada, llegando a las siguientes conclusiones:

“Se identificó que la mayoría de las mujeres se encontraba entre 41 y 60 años de edad, con bajo grado de escolaridad y renta familiar hasta dos salarios mínimos. Se observó que 50(86,2%) de las mujeres

nunca fueron al mastologista y que nunca realizaron algún tipo de examen para rastreo de la neoplasia; 24(41,4%) desconocían la patología, y la finalidad del autoexamen y 35(60,3%) se encontraban en estadios avanzados”.(10)

Nos damos cuenta que el difícil acceso a las medidas de detección precoz y la falta de orientación de los profesionales de salud, tiene implicancia en el elevado porcentaje de mujeres que descubren que tienen cáncer de mama, cuando están en estadios avanzados.

ACTIS ANDREA Mariel y Col. en Argentina, en el año 2009, realizaron la investigación titulada: **“Factores de Riesgo Convencionales y Emergentes en Cáncer de Mama: un estudio en pacientes pos menopáusicas”**, tuvo como objetivo evaluar la presencia de factores de riesgo convencionales y emergentes en una muestra de pacientes pos menopáusicas con cáncer de mama y su posible implicancia en la evolución de la enfermedad, haciendo uso de la metodología descriptiva de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 pacientes pos menopáusicas de los servicios de ginecología de dos hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista y el instrumento tipo cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones:

“La mayoría de las pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama no presentaba alta incidencia de Factores de Riesgo Convencionales (edad, antecedentes familiares de CM, historia reproductiva, etc.) Detectándose un elevado porcentaje de Factores de Riesgo Emergentes (hábitos socioculturales y del cuidado de la salud). La asociación entre hiperinsulinemia, obesidad e hiperestrogenemia puede

resultar importante en el entendimiento de respuestas anormales a los tratamientos hormonales y la evolución de la enfermedad”. (11)

En este estudio se evidencia que los factores de riesgo relacionados a los hábitos socioculturales tienen un impacto alarmante en el cáncer de mama, por lo tanto es importante reconocer los estilos de vida de las mujeres y mediante la educación promover estilos de vida saludables.

MORA Giraldo, en Colombia, en el año 2008, realizó un estudio de investigación titulado: **“Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama”**, tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales del cáncer de mama y su influencia en la prevención y el autocuidado en un grupo de mujeres de Medellín, Colombia, haciendo uso de la metodología cualitativa con 19 mujeres adultas que no han padecido cáncer mamario. Se realizan entrevistas semiestructuradas utilizando el criterio de máxima variación. El análisis se hace con base en la teoría fundamentada, llegando a las siguientes conclusiones:

“Las entrevistadas adoptan una representación negativa del cáncer de mama que no favorece la prevención y el auto cuidado. El estudio devela la poca educación acerca del auto cuidado y la prevención. Nos intriga que las mujeres del estudio, aunque no han padecido de cáncer, describan vívidamente sus preocupaciones frente a sus efectos, lo que podría relacionarse con una construcción de la feminidad que merece revisarse”. (12)

Es importante reconocer las necesidades de educación que tienen las mujeres acerca de la prevención del cáncer de mama, pero sin generar

representaciones negativas, sino favoreciendo el autocuidado y logrando fortalecer su feminidad.

2. A nivel Nacional

TORALVA SOBREVILLA, Cony Lucila en su investigación titulada: **“Relación entre los conocimientos y las practicas sobre autoexamen de mamas en madres que pertenecen al Comité I del Vaso de Leche del AA.HH. “La Quinta Francia” El Agustino 2007”** tuvo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos y las practicas sobre el autoexamen de mamas, haciendo uso de la metodología descriptiva correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 49 madres del vaso de leche, y para la recolección de datos se utilizo la técnica de entrevista encuesta y como instrumento, un formulario tipo cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones:

“Existe relación significativa entre los conocimientos y las practicas del autoexamen de mamas en madres que pertenecen al Comité del Vaso de Leche, donde el 67% de las madres no conocen el autoexamen de mamas y de las que lo practican, el 67% lo realiza inadecuadamente”. (13)

Se evidencia que las mujeres tienen conocimientos deficientes sobre uno de los medios de detección temprana del cáncer de mama, lo cual conlleva un riesgo en el diagnostico temprano de la enfermedad.

RICSE ASENCIOS Janet, en su investigación titulada: **“Factores de riesgo y Conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín V.M.T. 2006”**, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo y

conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama, su diseño fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 76 mujeres usuarias y para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista encuesta, como instrumento se usó un cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones:

“En relación a los factores de riesgo, todas las mujeres que participaron en el estudio presentan por lo menos un factor de riesgo para el cáncer de mama. El 48,7% de las mujeres presentó más de 9 factores de riesgo para el cáncer de mama. En cuanto a los conocimientos se encontró que el 50% tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama”.(14)

Se evidencia que las mujeres tiene factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama y tienen conocimiento medio sobre las medidas preventivas, lo que conlleva a un riesgo en la detección temprana de esta enfermedad.

CUTIPA CLEMENTE Kelly , en su investigación titulada: **“Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010”** tuvo como objetivo determinar los conocimientos sobre prevención de cáncer de estomago, su diseño fue descriptivo de corte transversal La muestra estuvo conformada por 72 usuarios y para la recolección de datos se utilizo la técnica de entrevista encuesta y como instrumento, un formulario tipo cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones:

“La mayoría de los usuarios tiene un nivel de conocimientos medio respecto a prevención por lo que es importante desarrollar actividades preventivas y de educación a la población para que adopten practicas

saludables en la prevención de cáncer de estomago".(15)

El autor concuerda en que para poder prevenir los casos de cáncer, es necesario el conocimiento del tema para disminuir la incidencia de la enfermedad.

F. 2 BASE TEÓRICA

1. GENERALIDADES SOBRE CÁNCER DE MAMA

a. Definición

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos.(16)

b. Epidemiología

En Europa y EE.UU. se diagnostica más de 200.000 casos cada año, de los cuales 40.000 fallecen (17). En América Latina y el Caribe, en los últimos 15 años, mientras los servicios de salud enfocaban sus esfuerzos en la epidemia del cáncer cervicouterino en los programas de salud dirigidos a la población femenina, la prevalencia del cáncer de mama aumentaba sin que su presencia se considerara una prioridad a combatir por parte de las

instituciones públicas (18). Pero la tasa de mortalidad por cáncer de mama superó a la del cáncer cervicouterino (19).

Del total de casos del mundo, el 31% se encuentran en los países en desarrollo. Es la principal causa de mortalidad en mujeres entre los 35 y 64 años, las tasas de incidencia han aumentado anualmente en un 5%. Es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, en varones es menos de 1 % de los casos totales, representa el 32 % del total de los canceres en las mujeres, el riesgo de padecer cáncer de mama es de 8 - 12 % y el de morir es de 3.6 - 4% (20).

c. Etiología

La investigación ha demostrado que no existe una causa única conocida del cáncer mamario. Es una enfermedad heterogénea, que se desarrolla como resultado de muchos factores que difieren de una mujer a otra. Diversas características, o factores de riesgo, parecen incrementar la probabilidad de que esta enfermedad se desarrolle en una mujer, se ha demostrado que cuando se hallan presentes, existe una correlación positiva con una mayor incidencia de cáncer de mama que cuando están ausentes.

d. Historia Natural del Cáncer de Mama

Ante un estímulo determinado algunas células aparentemente normales inician una división progresiva incrementándose en número y actividad nuclear. Es la fase de hiperplasia, cuando estas células tienen características potenciales para formar un cáncer se denominan células de hiperplasia atípica. Si la hiperplasia sigue

evolucionando aparece un cáncer que será inicialmente in situ, es decir que se mantendrá dentro de los límites anatómicos de la estructura normal de la mama. La progresión del carcinoma in situ es hacia la infiltración de los tejidos vecinos en el seno de la mama y posteriormente la invasión de tejidos alejados de ella, lo que se denomina metástasis. Esta invasión alejada se realiza a través de los ganglios linfáticos regionales y posteriormente la invasión de tejidos alejados como pulmones, hígado, huesos, encéfalo, entre otros.

A medida que el cáncer va aumentando de tamaño van apareciendo más signos de su presencia. En un principio, cuando las células se encuentran en fase de hiperplasia los signos clínicos son mínimos, a veces tan solo la precipitación de sales de calcio en los tejidos circundantes dará lugar a las micro calcificaciones. Cuando el número y actividad de las células tumorales se incrementa también aumentan estas micro calcificaciones y pueden aparecer pequeñas tumoraciones. Más adelante si el tumor se hace invasor aparecerán tumoraciones irregulares, parcialmente adheridas a los tejidos, más o menos grandes y algunas veces acompañadas de ganglios axilares. (21)

e. Manifestaciones clínicas ⁽²²⁾

Síntomas más comunes de manifestación:

- Masa o nódulo en la mama o axila.
- Secreción espontánea del pezón
- Retracción o inversión del pezón
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama.

- Depresiones o rugosidades en la piel

Síntomas de propagación local o regional:

- Enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas.
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos axilares.

Evidencia de enfermedad metastásica:

- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en el área cervical supraclavicular.
- Anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural
- Elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gammagrafía ósea positiva o dolor relaciona con la afección ósea
- Resultados anormales de las pruebas de función hepática.

f. Diagnóstico

Después de tener el diagnóstico histopatológico de cáncer se realizan estudios de laboratorio y gabinete, encaminados a determinar la extensión de la enfermedad. (23) El pronóstico y tratamiento es individualizado y dependerá de la etapa clínica, ésta se determina dependiendo del tamaño tumoral, la presencia o ausencia de metástasis ganglionares y/o a distancia (sistema de clasificación TNM). Estas etapas, de manera didáctica, se dividen en enfermedad temprana, localmente avanzada y metastásica. Es imprescindible diagnosticarlo en ausencia de síntomas, cuando su tamaño no sea mayor a los 2 cm., ya que de esta forma se puede curar alrededor de 90% de las mujeres.

g. Tratamiento

El tratamiento es multimodal (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y radioterapia), el uso de cada una depende de la etapa clínica en la que se encuentre la paciente. La cirugía es la principal modalidad de tratamiento local del cáncer mamario, existen diversos procedimientos quirúrgicos, considerándose la mastectomía radical modificada (MRM) el tratamiento estándar, sin embargo si el cáncer de mama se detecta en una etapa clínica temprana, se puede ofrecer un tratamiento conservador (Tumorectomía), en el que la paciente puede incluso conservar su seno sin comprometer el tratamiento oncológico radical. Dependiendo del tamaño tumoral, el número de ganglios linfáticos con metástasis y de otros factores clínicos y patológicos se ofrecerá tratamiento con radioterapia, hormonoterapia y/o quimioterapia adyuvante. Estos tratamientos prolongan la supervivencia, el período libre de enfermedad y disminuyen el riesgo de recurrencia loco-regional y a distancia. (24)

Recientemente la terapia biológica ha demostrado efectos benéficos en el tratamiento de cáncer de mama, específicamente incrementa la supervivencia cuando se administra como tratamiento adyuvante a mujeres cuyos tumores expresan la oncoproteína Her-2 y asociados a quimioterapia en el cáncer de mama metastásico.(25)

2. NIVELES DE PREVENCIÓN

Las acciones de los servicios de salud y por ende el actuar de los profesionales tiene como objetivo disminuir el sufrimiento humano manteniendo la salud de los individuos. Para ello debe priorizar las actividades que apunten a la prevención como tarea central. (26)

Según Leavell y Clark existen tres niveles de prevención ⁽²⁷⁾:

a) Prevención Primaria: comprende la promoción y fomento de la salud y la protección específica. Su acción está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente aquellos factores que pueden deteriorar la salud y producir la enfermedad.

En este nivel se enmarcan las siguientes acciones:

- . Mejoramiento de las condiciones económicas y sociales de la población.
- . Promoción de campañas de salud.
- . Divulgación de prácticas de autocuidado.
- . Educación acerca de factores de riesgo, su vigilancia y control.
- . Mejoramiento del ambiente como la adecuada conservación del agua, adecuada disposición de los desechos, etc.
- . La protección específica con la aplicación de vacunas.

b) Prevención Secundaria: comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación del daño. Busca resolver los problemas de salud en las fases iniciales, evitando complicaciones y deterioro de la calidad de vida.

En este nivel se enmarcan las siguientes acciones:

- . Búsqueda y captación de usuarios para la vigilancia y control de riesgos específicos (prenatales, mujeres en edad fértil, etc.)
- . Consulta médica precoz.
- . Exámenes de laboratorio y otros medios de diagnóstico (screening o tamización).
- . Tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud.

c) Prevención Terciaria: su intervención se produce cuando el individuo está enfermo, buscando reducir el daño, evitar la permanencia de secuelas, invalidez y muertes prematuras, atendiendo a las necesidades de reintegrarlo al entorno, Comprende la rehabilitación física, psicológica, social y laboral.

3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA⁽²⁸⁾

Las etapas en la prevención del cáncer de mama son:

a. PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria del cáncer de mama, se debe realizar básicamente mediante información, educación y comunicación a toda la población, de preferencia mujeres, sobre los factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable.

FACTORES DE RIESGO

Género: las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de padecer de cáncer de mama, la razón principal por la que ellas padecen más cánceres de seno consiste en que las células del seno están

expuestas constantemente a los efectos de estimulación de crecimiento de las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona.

Edad: a mayor edad, mayor riesgo. La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres mayores de 40 años. Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que alrededor de dos a tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más. (29)

Factores genéticos: Se cree que alrededor del 5 al 10% de los casos de cáncer de seno son hereditarios, ósea que se originan directamente de defectos genéticos (llamados *mutaciones*) heredados de uno de los padres. (30) Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2 y según algunos estudios parece que entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años.

Antecedentes personales de cáncer de mama: una mujer con cáncer en un seno tiene un riesgo de tres a cuatro veces mayor de padecer un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del mismo seno. Esto es diferente a la recurrencia (regreso) del primer cáncer.

Antecedentes familiares de cáncer de mama: El riesgo del cáncer de seno es mayor entre las mujeres cuyos familiares directos (consanguíneos) desarrollaron esta condición. El que un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padezca cáncer de seno casi duplica el

riesgo de una mujer. Si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad, el riesgo aumenta aproximadamente cinco veces. (31)

Menarquía Precoz y Menopausia tardía: Las mujeres que han tenido más ciclos menstruales debido a que comenzaron a menstruar a una edad temprana (antes de los 12 años) y/o que experimentaron la menopausia a una mayor edad (después de los 55 años) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Esto puede estar relacionado con una exposición mayor a las hormonas estrógeno y progesterona durante toda la vida.

Edad al primer embarazo y nuliparidad: Las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un riesgo de cáncer de seno ligeramente mayor. El primer embarazo se vincula con una elevada división celular mamaria seguida por la diferenciación terminal del tejido glandular. Esto representa un doble efecto: un incremento transitorio del riesgo de Cáncer de mama debido a la mayor división celular; y por otro lado, un efecto protector prolongado debido a la diferenciación celular terminal e irreversible. Este incremento transitorio del riesgo de Cáncer de mama es mayor cuando las mujeres tienen a su primer hijo a una edad más avanzada, dado que las células viejas tienen una mayor probabilidad sufrir daño genético que las jóvenes.(32)

Terapia de Reemplazo Hormonal: Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, aunque los estudios al respecto no son del todo concluyentes.

Obesidad y grasa en la dieta: Se ha demostrado que la obesidad se asocia con un mayor riesgo de cáncer mamario en las mujeres posmenopáusicas. El exceso de tejido adiposo es rico en la enzima necesaria para obtener estrona y estradiol a partir de sus precursores. En consecuencia las mujeres obesas pueden tener niveles altos de estrógenos circulantes que pueden afectar células cancerosas en la mama dependientes de las hormonas. Además se sugiere que la reducción en el consumo del total de calorías en 30% y el incremento de alimentos altos en fibras, es un hábito dietético sano debido a que reduce el potencial de riesgo de cáncer, así como el riesgo de adquirir otras enfermedades.

Alcohol: El consumo de alcohol durante años está claramente vinculado al riesgo elevado de cáncer de mama. En comparación con las mujeres que no ingieren alcohol, las que consumen una bebida alcohólica diaria tienen un aumento muy ligero en el riesgo. Aquéllas que toman de dos a cinco bebidas al día tienen alrededor de 1 ½ veces más riesgo que las mujeres que no toman alcohol. También se sabe que el consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cánceres de la boca, garganta, esófago e hígado. (33).

Tabaquismo: la mayoría de los estudios han reportado que no hay una relación entre fumar cigarrillos y el cáncer de seno. Aunque algunos estudios han sugerido que el fumar aumenta el riesgo de cáncer de seno, esto sigue siendo controversial. Un informe de la Agencia de Protección Ambiental de California concluyó en 2005 que la evidencia asociada con el humo de segunda mano y el cáncer de seno es “consistente con una asociación causal” en mujeres jóvenes, principalmente premenopáusicas. El informe de la Dirección General de Salud Pública de los Estados Unidos

“The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke”, emitido en 2006, concluyó que en este momento la evidencia es “sugereente, pero no suficiente” para establecer el vínculo. De todas maneras, este posible vínculo con el cáncer de seno es otra razón para evitar el humo de segunda mano. (34)

Sedentarismo: Se sabe que el 75% de la población de América Latina no realiza actividad física regular y de ellos la tercera parte, lleva una vida sedentaria. Las mujeres que son inactivas físicamente en su vida pueden tener un riesgo mayor de cáncer de seno.(35)

PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ⁽³⁶⁾

Alimentación sana

- . Dieta rica en fibras. La fibra arrastra las toxinas y las elimina de nuestro cuerpo.
- . Dieta baja en grasas, sobre todo de origen animal.
- . Dieta rica en antioxidantes, con abundancia de vegetales y alimentos frescos.
- . No calentar demasiado los aceites a la hora de cocinar, pues las temperaturas elevadas producen reacciones de oxidación que generan radicales libres.

No fumar y evitar el consumo de alcohol

- . El alcohol deprime el sistema inmunitario y acelera los procesos oxidativos del cuerpo.

Evita la obesidad y el sedentarismo

Actividad física

La evidencia que indica que la actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo de cáncer de seno está aumentando. La pregunta principal es determinar cuánto ejercicio es necesario. En un estudio de la "Women's Health Initiative" (WHI), caminar a paso ligero tan poco como 1.25 a 2.5 horas por semana redujo a 18% el riesgo de una mujer. Con diez horas de caminata a la semana se redujo el riesgo aún un poco más. Para reducir su riesgo de cáncer de seno, la Sociedad Americana del Cáncer recomienda 30 minutos diarios de actividad física intencional.

- . Use las escaleras en lugar del ascensor.
- . Camine o monte en bicicleta para llegar a su destino. Dé una pequeña caminata después de comer.
- . Ejercítese a la hora del almuerzo con sus amistades o amigos.
- . Salga a bailar.
- . Únase a un equipo deportivo.
- . En lugar de enviarles correos electrónicos a sus compañeros de trabajo, camine para visitarlos.
- . Monte en una bicicleta estacionaria o haga ejercicios abdominales, suba y baje las piernas o haga lagartijas mientras mira televisión.
- . Estacione el auto lejos de la oficina, tienda o biblioteca y dé una buena caminata.
- . No haga el mismo tipo de ejercicio todo el tiempo porque terminará por aburrirse o considerarlo como una tarea más.

Controles médicos en forma periódica

- . Si recibes tratamiento hormonal.
- . Si tienes molestias inesperadas en las mamas.

b. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Incluye la detección temprana mediante tres estrategias eficaces, autoexamen de mamas, examen clínico y mamografía. Una vez que se detecte la lesión por estos procedimientos, se procederá a la confirmación y al manejo oportuno de acuerdo a los criterios expresados en la Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Diagnostico Temprano del Cáncer de Mama a Nivel Nacional.

MEDIOS DE DETECCION TEMPRANA ⁽³⁷⁾

AUTOEXAMEN DE MAMA

Es una técnica de autoexploración mamaria, el cual se realiza mediante la observación y la palpación. De esta manera la mujer puede conocer el aspecto normal de sus senos y detectar con más facilidad cualquier signo o síntoma si se produce algún cambio, tal como el origen de una masa o protuberancia, hinchazón, irritación o formación de hoyuelos o hendiduras en la piel, dolor o retracción (contracción) de los pezones, enrojecimiento o escamosidad de los pezones o de la piel de los senos, o una secreción que no sea de leche materna.

El autoexamen de mama es mensual, en mujeres en edad fértil deben realizarlo una semana después de la menstruación y las post menopáusicas se lo deben realizar un día fijo al mes. Será función del personal de salud enseñar a las usuarias que acudan a los establecimientos de salud, la técnica correcta del autoexamen de las mamas, de igual modo la difusión de esta técnica en todas sus actividades.

El autoexamen debe realizarse en una habitación muy iluminada, los pasos a seguir son:

- Póngase frente al espejo, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo y Observar la simetría, contornos, aspecto de la piel, coloración, zonas de hundimiento y/o retracción de la piel o del pezón de ambas glándulas mamarias.
- Luego ponga las manos en sus caderas, observando lo mismo.
- Posteriormente, estando las mamas secas después del baño, ponga su mano izquierda detrás de la cabeza y examine la mama izquierda con la mano derecha del siguiente modo:
 - . Palpar la mama con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares, dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Determine la presencia de masas o dolor.
 - . Haga círculos cada vez más pequeños para llegar hasta el pezón. Tomar el pezón entre los dedos pulgar e índice y presionar para comprobar si sale líquido (secreción serosanguinolenta).
 - . Luego, revisar la zona axilar cercana a la mama izquierda, en este lugares puede aparecer crecimiento de ganglios debido a metástasis.
- Ahora examine la mama derecha siguiendo los pasos anteriores.
- Es conveniente realizar esta misma operación estando acostada, colocando una almohada en el hombro derecho para explorar con la mano izquierda su mama derecha, y luego repitiendo la misma operación con la mama izquierda.

EXAMEN CLÍNICO DE MAMA

Las mujeres de 30 años a más, deben someterse a un examen clínico de los senos, como parte de un examen de salud periódico. Con el consentimiento de las usuarias, deberá ser realizado por el personal médico y otro personal de salud capacitado, cada año a toda mujer que acuda al establecimiento de salud. Este procedimiento es parte de la atención integral de la salud de la mujer, y como tal debe ser realizado en todas las consultas clínicas.

El examen clínico de los senos es un complemento de los mamogramas y una oportunidad para la mujer y su médico o enfermera de discutir varios asuntos, tales como cualquier cambio que se haya detectado en sus senos, información sobre las pruebas de detección temprana, y los factores de riesgo que tenga la mujer que pudieran hacer que ella tenga más probabilidad de padecer cáncer de seno.

MAMOGRAFÍA

Las mujeres de 40 años en adelante deben hacerse una mamografía de detección al año, y deben continuar haciéndose este examen mientras estén en buen estado de salud. Debe realizarse con un equipo de rayos X especialmente diseñado para efectuar el estudio de mamas. El principio del escrutinio para cáncer es detectar tumores en una etapa de desarrollo en la cual el tratamiento garantice mayores tasas de curación y la paciente tenga un mejor pronóstico. En la mamografía se comprime cada seno en sentido horizontal y luego oblicuo mientras se toma la imagen de rayos x desde cada posición.

ITEM	DETECCIÓN	EDAD QUE SE RECOMIENDA	FRECUENCIA DE REALIZACIÓN
1	Auto examen de las mamas	Desde la menarquia	Mensual
2	Examen Clínico de las mamas	Mujeres a partir de los 30 años de edad	Anual
3	Mamografía	Mujeres a partir de los 40 años	Anual

c. PREVENCIÓN TERCIARIA

Se debe realizar en los casos estrictamente necesarios mediante la rehabilitación (Psicológica, estética y reconstructiva) de las usuarias que recibieron tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia según sea el caso. A estas pacientes se les debe de orientar en la participación de grupos de apoyo con otras mujeres que han padecido de cáncer de mama.

4. INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CANCER DE MAMA

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar los factores determinantes de la salud y de ese modo mejorar su salud. Como concepto y conjunto de estrategias prácticas, sigue siendo una guía esencial para abordar los principales retos de salud que confrontan las naciones industrializadas y en desarrollo, incluidas las enfermedades transmisibles y no transmisibles y los temas relacionados con el desarrollo humano y la salud.(38)

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud. (39)

En la actualidad las enfermedades no transmisibles, como por ejemplo los cánceres, son las principales causas de mortalidad en la mayor parte de los países de ingresos bajos y medianos. Estas enfermedades son prevenibles en gran medida mediante intervenciones eficaces que abordan los factores de riesgo y estilos de vida, mediante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Además, las mejoras del tratamiento de esas enfermedades pueden reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad, y contribuir a mejorar los resultados sanitarios. (40)

Es así que, el profesional de enfermería, quien se encarga del cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, en forma integral; que labora a nivel hospitalario y/o comunitario, y como miembro del equipo de salud, cumple un rol importante dentro de esta problemática, a través de su participación en actividades de educación sanitaria, campañas, consejerías para mejorar la prevención y detección temprana del cáncer de mama. Mediante la educación sobre los factores de riesgo del cáncer de mama, la promoción de estilos de vida saludables, la enseñanza del autoexamen de mamas, entre otros.

5. GENERALIDADES SOBRE CONOCIMIENTO Y PRACTICA

a. CONOCIMIENTO

Definiciones

Bertrand (41), plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de interferir a partir de estos.

Rosental (42), define al conocimiento como: “Un proceso en el cual la realidad se refleja y se produce en el pensamiento humano. Dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actitud practica, el fin del conocimiento es alcanzar la verdad objetiva”.

Kant (43), en su teoría del conocimiento refiere que este está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos. El puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el empírico después de la experiencia.

Según Mario Bunge (4), el conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándole en conocimiento científico y vulgar, el científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago, inexacto, limitado por la observación.

De lo expuesto por los cuatro autores, se puede considerar que el conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados sobre

hechos, verdades o de información almacenado a través de la experiencia o del aprendizaje mediante el ejercicio de las facultades mentales.

Tipos de Conocimiento

Alavi y Leidner (2001) en su libro “Taxonomía del Conocimiento” ⁽⁴⁵⁾ clasifican el conocimiento en:

- **Tácito:** Conocimiento enraizado en las acciones, experiencias y contextos específicos.
- **Explícito:** Conocimiento articulado y generalizado
- **Individual:** Conocimiento creado por e inherente al individuo
- **Social:** Conocimiento creado por e inherente a la colectividad y a las acciones de grupo.

Generación del Conocimiento

Para Nonaka y Takeuchi ⁽⁴⁶⁾ (1995), la generación del conocimiento se realiza en cuatro fases:

- **Socialización:** de compartir experiencias e ideas personales del conocimiento tácito personal al conocimiento colectivo.
- **Externalización:** del paso del conocimiento tácito colectivo al explícito
- **Combinación:** en la que se efectúa el intercambio de conocimientos explícitos, documentos compartidos por diferentes modalidades, principalmente electrónicas y virtuales.
- **Interiorización o de aprendizaje:** en la que el conocimiento explícito colectivo se transforma en tácito individual.

Conocimientos y conductas de salud

Para promover medios de vida sanos, habrá que conocer los motivos del comportamiento que causa o previene la enfermedad, existen diversos tipos de pensamientos y sentimientos, los cuales están modulados por nuestros conocimientos, creencias, actitudes y valores que determinan nuestro comportamiento. En las comunidades existen diversos tipos de comportamiento que promueven la salud, evitan enfermedades y contribuyen a la curación y rehabilitación, los cuales deben identificarse y fomentarse. (47)

Los conocimientos proceden a menudo de la experiencia, pero también de la información proporcionada por nuestros padres, maestros, amigos, etc. En tanto, las actitudes muestran nuestros gustos y aversiones, proceden de nuestras experiencias o de las personas próximas a nosotros, se basan en una experiencia limitada, por lo que en ocasiones adoptamos actitudes sin comprender todos los aspectos de la situación.(48)

El modelo d conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje.

De lo anterior se desprende que:

- Cuando el conocimiento es importante, debe ser formulado en términos que resulten significativos para el grupo objetivo.

- La transferencia de conocimiento a la acción, depende de un amplio rango de factores internos y externos que incluyen los valores, creencias y actitudes.

b. PRÁCTICA

Definiciones

La praxis aparece como una etapa necesaria en la construcción de conocimiento válido. La teoría es desarrollada en las aulas y se focaliza en la abstracción intelectual; la praxis, en cambio, se hace presente cuando dichas ideas son experimentadas en el mundo físico para continuar con una contemplación reflexiva de sus resultados. (49)

El concepto tiene una gran importancia para el marxismo. Esta corriente del pensamiento socio-político sostiene que la praxis es un tipo de actividad práctica propia del hombre, que resulta objetiva y subjetiva a la vez y que permite que el ser humano transforme la naturaleza y, por lo tanto, se transforme a sí mismo. La praxis se forma, por lo tanto, a partir de la interacción de sistemas culturales, históricos y sociales muy complejos. En última instancia, el ser humano se hace humano a partir de la praxis. (50)

De acuerdo a lo antes mencionado se puede afirmar que la práctica es la acción humana en general que se basa en principios teóricos y abarca todo cuanto es operable por el hombre.

Practica, Comportamiento y Cuidado de la salud

La práctica es una respuesta establecida para una situación común. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos

y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa. Es una conducta o reacción. Las prácticas regulares se denominan hábitos y ciertas prácticas pueden convertirse en factores de riesgo. (51)

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Entonces cuando las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado, realizarán la práctica de actividades su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. (52)

Por lo tanto es necesario promover los estilos de vida saludable, fortaleciendo el interés de la población de mantenerse sana, a través de la práctica de diferentes actividades que favorezcan un adecuado mantenimiento de las condiciones humanas y ambientales.

G. HIPÓTESIS

- **H₀** : No existe relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre prevención de cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis.
- **H₁** : Existe relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre prevención de cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis.
 - **H_{1a}** : A un nivel alto de conocimientos, las prácticas serán adecuadas en la prevención del cáncer de mama.
 - **H_{1b}** : A un nivel medio de conocimientos, las prácticas serán adecuadas en la prevención del cáncer de mama.

- **H_{1c}** : A un nivel bajo de conocimientos, las prácticas serán inadecuadas en la prevención del cáncer de mama.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Conocimientos:** es toda aquella información que refieran tener las mujeres sobre la prevención del cáncer de mama.
- **Prácticas:** son todas aquellas acciones y/o actividades que refieran realizar las mujeres sobre la prevención del cáncer de mama.
- **Mujer:** personas de sexo femenino, que reciben atención en los diferentes servicios del C.S. Villa San Luis y tienen entre 25 y 60 años de edad.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y METODO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y se utilizó el método descriptivo correlacional, ya que permitió determinar la situación de las variables que se estudian, además de comprobar la asociación entre dichas variables. Esto sirve para tener una media en cuanto al comportamiento de esas variables aplicadas a otra situación similar.

B. DESCRIPCION DEL ÁREA DE ESTUDIO

El C.S. Villa San Luis, es un establecimiento de salud de Nivel I, pertenece a la Red San Juan de Miraflores – Villa María el Triunfo, DISA II Lima Sur, está ubicado en la Urbanización Villa San Luis, en el distrito de San Juan de Miraflores, en el cono sur de la provincia de Lima, departamento de Lima.

Esta institución cuenta con los servicios de Medicina General, Obstetricia, Odontología, Psicología, Farmacia, Laboratorio, CRED, ESNI, ESNPCT y Tópico.

El personal que labora en el Centro de Salud está constituido por médicos especialistas en cada uno de los servicios mencionados, 2 enfermeras, una nutricionista, una psicóloga, personal técnico, personal administrativo, mantenimiento y vigilancia. El horario de atención es de 8:00am – 1:00pm y 2:00 pm - 7:00pm de lunes a sábado.

C. POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 250 mujeres, el cual es el promedio mensual de mujeres, entre 25 a 60 años, atendidas en el C.S. Villa San Luis. Para fines de la presente investigación se consideró una muestra, por conveniencia, de 75 mujeres (Anexo D), las cuales respondían a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Mujeres comprendidas entre los 25 a 60 años de edad.
- Que aceptan participar voluntariamente en el estudio.
- Que reciben atención en el C.S. Villa San Luis.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no aceptan participar voluntariamente en el estudio.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente estudio se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento de recolección de datos el cuestionario, considerándose a estos adecuados para cumplir con los objetivos del estudio.

La estructura del cuestionario consta de las siguientes partes: Presentación, instrucciones, datos generales y 22 preguntas con alternativas múltiples y dicotómicas, de las cuales 14 preguntas son de conocimientos y 8 de prácticas. (Anexo B)

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo a través del Juicio de Expertos, con la participación de 8 profesionales de la salud, el cual estuvo conformado por Enfermeras especialistas en Oncología, y docentes del Departamento de Enfermería de las especialidades de Mujer, Salud Comunitaria e Investigación. Los puntajes obtenidos fueron sometidos a la prueba binomial, donde se obtuvo un $p < 0.05$, lo cual indica que el grado de concordancia es significativo (Anexo E). Además sus sugerencias permitieron realizar los ajustes correspondientes en los ítems.

Posteriormente se realizó una prueba piloto a 20 mujeres que no iban a ser parte de la muestra de estudio, aplicando así el coeficiente de consistencia KR-20 (Kudert Richardson) para determinar la confiabilidad estadística de los instrumentos, determinándose que los instrumentos presentan un nivel altamente confiables para realizar una medición objetiva en la investigación, ya que se obtuvo un $KR-20 > 0.5$. (Anexo F).

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó el trámite administrativo correspondiente, mediante un oficio dirigido al Médico Jefe del Centro de Salud Villa San Luis, con la finalidad de obtener la autorización y las facilidades para realizar el estudio.

La recolección de datos se realizó durante las dos primeras semanas de diciembre del 2011, en el horario de 8:00 a 10:00 am, en la sala de espera del Centro de Salud Villa San Luis, cada entrevista duró entre 10 a 15 minutos aproximadamente.

Luego, los datos obtenidos fueron procesados mediante el uso del programa Microsoft Excel 2007 y el paquete estadístico SPSS versión 19.0, previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo C) y tabla matriz (Anexo G y Anexo H), a fin de presentar los resultados en tablas y/o gráficos para su análisis e interpretación.

Para la medición de las variables se asignó un valor numérico a las respuestas: correcta (1 punto), incorrecta (0 puntos), y para la categorización de las variables nivel de conocimientos y práctica se aplicó la Escala de Estanones (Anexo I) obteniéndose lo siguiente:

■ Categorización del nivel de conocimientos:

- Conocimiento Bajo: 0 – 3 puntos
- Conocimiento Medio: 4 – 8 puntos
- Conocimiento Alto: 9 – 14 puntos

■ Categorización de las prácticas:

- Prácticas Inadecuadas: 0 – 4 puntos
- Prácticas Adecuadas: 5 – 8 puntos

Para establecer la relación entre las variables y probar la hipótesis se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado.

Realizando el cálculo computacional de la prueba chi cuadrado:

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33.96	2	*0.000
N	75		

Obteniéndose como resultado que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del Cáncer de Mama al 95% de confianza (Anexo J).

F. PROCESO DE ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN DE DATOS

Se utilizó la estadística descriptiva y medidas de dispersión para determinar la frecuencia y proporción de las variables y se realizó el análisis e interpretación de datos, teniendo en cuenta la base teórica revisada, realizando así un contraste entre los datos obtenidos y nuestra realidad, en primer término en cuanto a los datos generales y luego a los datos específicos que se relacionan directamente con las variables del estudio.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Hoy en día y debido a que en el pasado se ha utilizado la investigación para lograr avances en el conocimiento científico sin pensar en proteger a las personas que participaban, se ha adoptado una serie de principios con el fin primordial de proteger los derechos y la seguridad de las personas que participan en una investigación. Se tiene como base tres principios éticos fundamentales: Autonomía, Beneficencia y Justicia., los cuales deben ser considerados y aceptados por todos los que tengan que ver con la actividad de investigación en humanos. (53)

Además para poder realizar la investigación en seres humanos, es necesaria la obtención del consentimiento informado, que protege el derecho de cada individuo a elegir libremente su participación en un estudio, luego de haber sido informado de los objetivos, que hará, los riesgos y beneficios de la investigación.(54)

Entonces, se tuvo en cuenta los principios éticos y bioéticos en todo el proceso de esta investigación, se consideró también la autorización de la institución, así como el consentimiento informado de los participantes y se les aseguró mantener el anonimato y confidencialidad utilizándose los datos únicamente con fines de la presente investigación.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

A continuación se presentan los resultados luego de haber recolectado y procesado los datos, para su respectivo análisis y discusión.

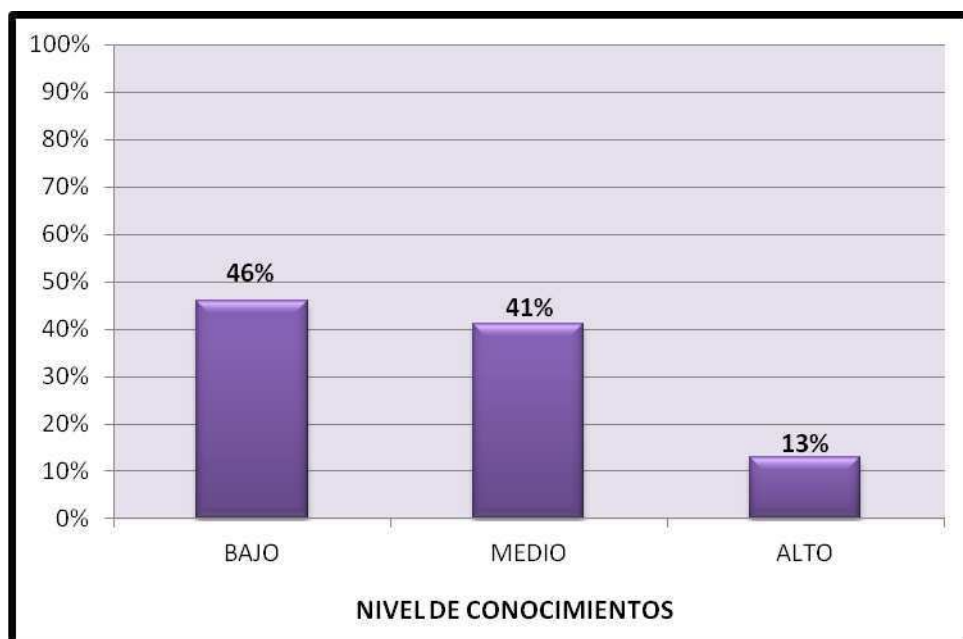
A. RESULTADOS

1. Datos Generales

Del 100% (75) de mujeres encuestadas, un 43% (32) tienen de 25 a 33 años, el 37% (28) entre 34 a 42 años, 15% (11) entre 43 a 51 años y el 5% (4) entre 52 a 60 años (Anexo P). Respecto al estado civil los más representativos son el 49% (37) convivientes y el 27% (20) casadas (Anexo Q). El grado de instrucción predominante es el de secundaria 59% (44) (Anexo R). Respecto a la ocupación el 53% (40) son amas de casa (Anexo S), así mismo, el 76% (57) son de religión católica (Anexo T) y el 84% (63) de las mujeres encuestadas tienen hijos (Anexo U).

2. Datos específicos

GRÁFICO N° 1
Nivel de conocimientos sobre prevención del
cáncer de mama en las mujeres que
acuden al C.S. Villa San Luis
Lima – Perú
2011



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis

En el grafico N° 1, del 100% (75) de mujeres, 46% (34) tiene un nivel bajo de conocimiento, seguido de un 41% (31) con un nivel medio de conocimiento y solo el 13% (10) un nivel alto de conocimiento sobre la prevención del Cáncer de mama.

TABLA N° 1
Conocimientos según indicadores sobre prevención
del cáncer de mama en las mujeres que
acuden al C.S. Villa San Luis
Lima – Perú
2011

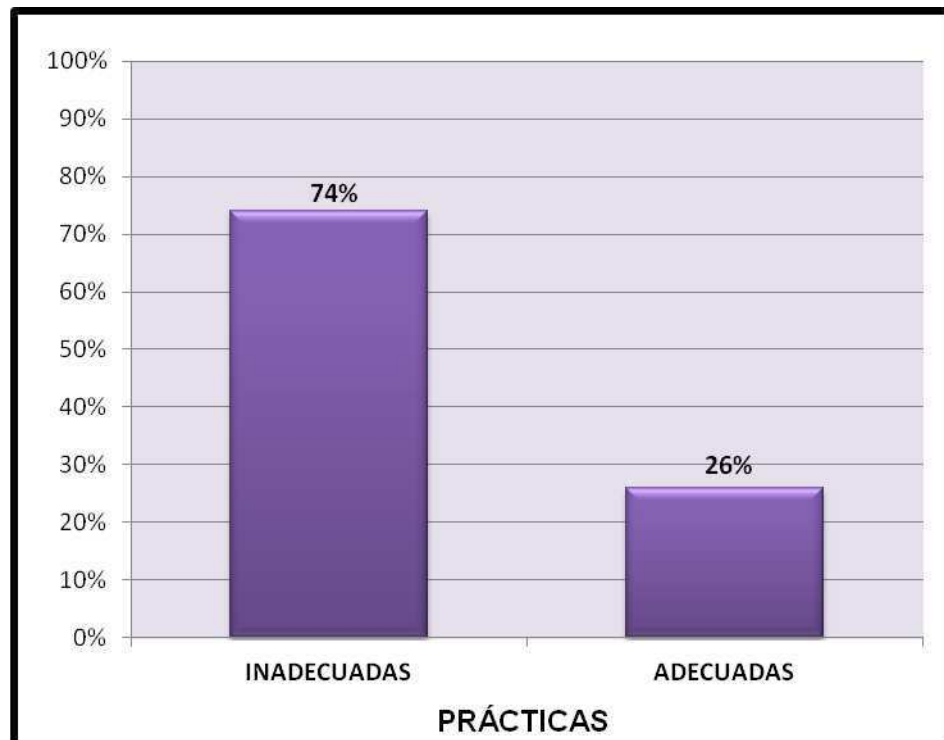
ITEMS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Concepto de Cáncer de mama	67	90%	4	5%	4	5%	75	100
Factor de riesgo de cáncer de mama: edad	12	16%	29	39%	34	45%	75	100
Factor de riesgo de cáncer de mama: antecedentes familiares	73	98%	1	1%	1	1%	75	100
Factor de riesgo de cáncer de mama: menarquía precoz	8	11%	7	9%	60	80%	75	100
Factor de riesgo de cáncer de mama: menopausia tardía	6	8%	5	7%	64	85%	75	100
Factor de riesgo de cáncer de mama: historia reproductiva	27	36%	10	12%	39	52%	75	100
Medios de detección temprana del cáncer de mama	23	31%	13	17%	39	52%	75	100
Concepto de autoexamen de mamas	47	63%	20	26%	8	11%	75	100
Frecuencia de realización del autoexamen de mamas	24	32%	11	15%	40	53%	75	100
Frecuencia recomendable de examen clínico de mamas	14	19%	7	9%	54	72%	75	100

Concepto de mamografía	33	44%	25	33%	17	23%	75	100
Consumo de alcohol y tabaco	31	41%	20	27%	24	32%	75	100
Obesidad	24	32%	12	16%	39	52%	75	100
Curación del cáncer de mama	67	90%	4	5%	4	5%	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis

En la Tabla N° 1, podemos observar que los aspectos que la mayoría de las mujeres no conocen están relacionados a: Factores de riesgo relacionados a la edad, menarquía precoz, menopausia tardía, historia reproductiva, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco; en cuanto a la detección precoz, desconocen los medios de detección temprana del cáncer de mama, así como la frecuencia recomendable de ejecución de los mismos.

GRÁFICO N° 2
Prácticas sobre prevención del cáncer de mama en
las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis
Lima – Perú
2011



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis

En el grafico N° 3, del 100% (75) de mujeres, un 74% (55) tienen practicas inadecuadas y solo un 26% (20) practicas adecuadas en la prevención del Cáncer de mama.

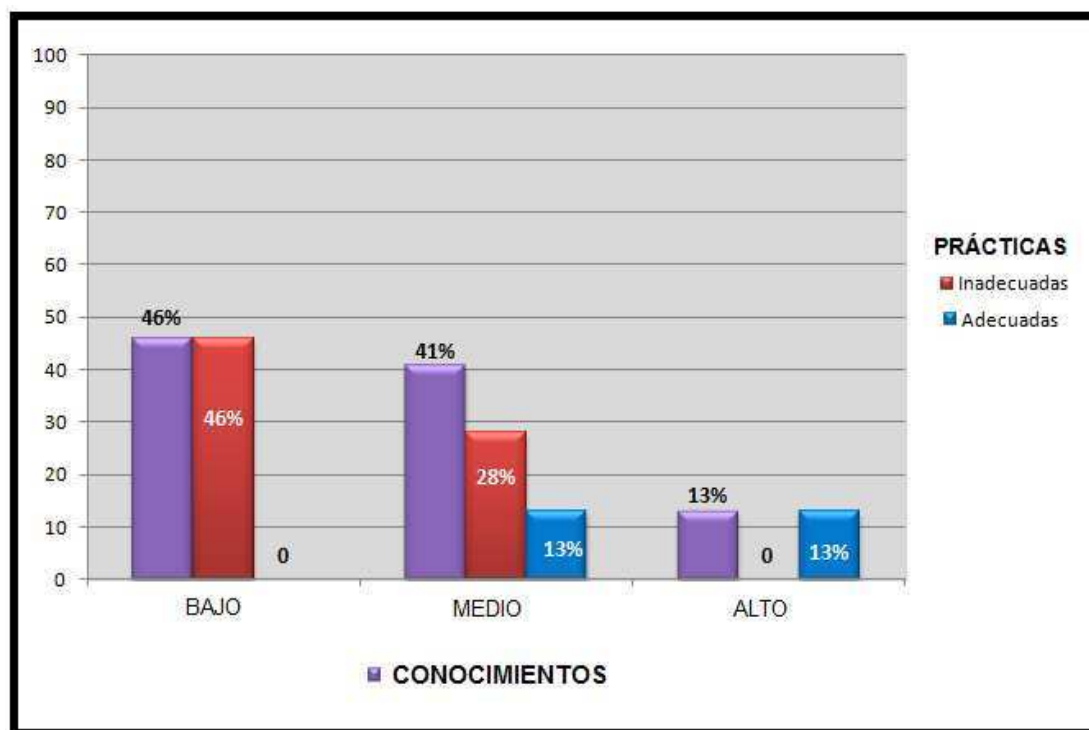
TABLA N° 2
Prácticas según indicadores sobre la prevención
del cáncer de mama en las mujeres que
acuden al C.S. Villa San Luis
Lima – Perú
2011

ITEMS	PRACTICAS				TOTAL	
	ADECUADA		INADECUADA		N	%
	N	%	N	%		
Práctica el autoexamen de mama	38	51%	37	49%	75	100
Frecuencia de realización del autoexamen de mama	20	27%	45	73%	75	100
Periodo que realiza la práctica del autoexamen de mama	6	8%	69	92%	75	100
Consumo de frutas y verduras	46	61%	29	39%	75	100
Consumo de bebidas alcohólicas	13	17%	62	83%	75	100
Consumo de tabaco o cigarrillo	47	63%	28	37%	75	100
Realizar ejercicios fuera de la rutina diaria	5	7%	70	93%	75	100
Realización de mamografía	9	12%	66	88%	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis

En la Tabla N° 2, podemos observar que la mayoría de mujeres realizan prácticas inadecuadas respecto a la prevención del cáncer de mama, entre estos destacan frecuencia inadecuada del autoexamen de mamas, periodo que realizan la práctica del autoexamen de mamas, mamografía, consumo de bebidas alcohólicas, y falta de ejercicio físico.

GRÁFICO N° 3
Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas
sobre la prevención del cáncer de mama en las
mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis
Lima – Perú
2011



Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis

$\chi^2 = 33.99$

En el grafico N° 1, del 100% (75) de mujeres, un 46% (34) tienen un bajo nivel de conocimientos con prácticas inadecuadas, seguido de un 41% (31) que tiene un nivel medio de conocimientos, de las cuales el 28% (21) tienen prácticas inadecuadas y un 13% (10) prácticas adecuadas. Además, solo un 13% (10) de las mujeres tienen un alto nivel de conocimientos con prácticas adecuadas sobre la prevención del cáncer de mama.

B. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De los resultados encontrados podemos deducir que la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio, se encontraban en las etapas de adulta joven y madura, son convivientes o casadas, con un grado de instrucción predominantemente de nivel secundario, en su mayoría amas de casa, aunque otras trabajan de manera independiente o dependiente. Además la mayoría de las mujeres tienen hijos.

Con respecto al nivel de conocimientos de las mujeres que participaron en el estudio, acerca de la prevención del Cáncer de mama se evidencia que la mayoría de ellas (46%) tenía un bajo nivel de conocimientos, seguido de un porcentaje significativo (41%) que tenía un nivel medio de conocimientos, mostrando que los aspectos que menos conocen son: Factores de riesgo relacionados a la edad, menarquía precoz, menopausia tardía, historia reproductiva, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco; en cuanto a la detección precoz, desconocen los medios de detección temprana del cáncer de mama, así como la frecuencia recomendable de ejecución de los mismos. Respecto a las mujeres que obtuvieron un alto nivel de conocimientos, los aspectos que más conocen son: concepto de Cáncer de mama, antecedentes familiares como factor de riesgo para presentar la enfermedad, concepto del autoexamen de mamas y posibilidad de curación si se detecta a tiempo la enfermedad.

Teniendo en cuenta el estudio elaborado por RICSE ASENCIOS Janet, en el año 2006 sobre “Factores de riesgo y Conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en las mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín V.M.T”, donde concluyó que “*En cuanto a los*

conocimientos se encontró que el 50% tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama”, podemos notar que en ambos estudios se evidencia la tendencia de un bajo a medio nivel de conocimientos respecto al tema.

El Cáncer de Mama se ha convertido en una enfermedad de importancia creciente en todo el mundo, siendo una de las principales causas de mortalidad por cáncer en la mujer, pues así lo demuestran altas tasas a nivel mundial. En nuestro país, según informes del Centro de Investigaciones del INEN, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en Lima Metropolitana.

La mortalidad por esta enfermedad es elevada debido a que la mayor parte de los casos se diagnostican en fases avanzadas y en los países poco desarrollados puede explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad madura al primer parto figuran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. Además Danaei y colaboradores han calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos, a la carga global de cáncer de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física. (55)

La sensibilización del público en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama. Muchos países de ingresos bajos y medios afrontan actualmente una doble carga de cáncer mamario y cáncer cervicouterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años, como por ejemplo nuestro país. Pero a pesar que se ha creado estrategias que aborden estos dos problemas de salud pública y más mujeres conocen de la enfermedad, es necesaria la concientización a toda la población de manera continua.

Es así que, el profesional de enfermería cumple un rol importante dentro de esta problemática, a través de su participación en actividades de educación sanitaria, campañas, consejerías para mejorar la prevención y detección temprana del cáncer de mama, tanto a nivel intra y extramural, mediante la educación sobre los factores de riesgo del cáncer de mama, la promoción de estilos de vida saludables, la enseñanza del autoexamen de mamas, entre otros.

Entonces, en el estudio, la gran mayoría de las mujeres tienen un nivel de conocimiento de bajo a medio sobre la prevención del cáncer de mama, haciendo que esta población se encuentre en riesgo. Por lo tanto, es necesario desarrollar actividades preventivo promocionales dirigidas a la mujer con el objetivo de elevar sus niveles de conocimiento, especialmente respecto a los factores de riesgo, ya que la mayoría piensa que es una enfermedad hereditaria, y no toma en cuenta los aspectos relacionados a los estilos de vida que muchas veces son determinantes en el desarrollo de esta enfermedad.

Con respecto a las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama, en el grupo de estudio se evidencia que, la mayoría de las mujeres (73%) realizan prácticas inadecuadas respecto a la prevención del cáncer de mama, entre estos destacan frecuencia inadecuada del autoexamen de mamas, periodo que realizan la práctica del autoexamen de mamas, mamografía, consumo de bebidas alcohólicas, y falta de ejercicio físico.

Los aspectos que las mujeres practican adecuadamente son: realización del autoexamen de mama, consumo diario de frutas y verduras y no consumo de tabaco o cigarrillo.

Teniendo en cuenta el trabajo elaborado por TORALVA SOBREVILLA, Cony, sobre “Relación entre los conocimientos y las practicas sobre autoexamen de mamas en madres que pertenecen al Comité I del Vaso de Leche del AA.HH. “La Quinta Francia” El Agustino 2007”, donde concluyó que: *“la mayoría de las madres no practica el autoexamen de mama, y de las que lo practican, el 67% lo realiza inadecuadamente”*, podemos evidenciar que hay diferencias ya que, en mi estudio las mujeres manifestaron que si practican el autoexamen de mama, pero se coincide en que lo realizan de manera inadecuada.

La práctica es la acción humana en general que se basa en principios teóricos y abarca todo cuanto es operable por el hombre. Es así que, el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Entonces cuando las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado, realizarán la práctica de actividades en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

También es importante mencionar que, en el estudio, los aspectos que practican las mujeres de manera inadecuada, son los mismos que no conocen, ello evidencia que los bajos conocimientos limitan una práctica adecuada lo que hace que se retrase el diagnóstico, complicando así el tratamiento y posibilidad de curación. Esto aumenta el riesgo de esta población, por lo que una vez más, resalta la importancia de la labor preventiva promocional que debe desarrollar la enfermera.

En cuanto a la relación entre nivel de conocimientos y prácticas sobre la prevención del cáncer de mama, se encontró que las mujeres que tienen un bajo nivel de conocimientos, tienen prácticas inadecuadas respecto a la prevención de esta enfermedad, por lo que para identificar la relación entre estas variables se usó la prueba estadística Chi-cuadrado, la cual indica que si χ^2 calculado es mayor al χ^2 tabulado ($\chi^2_{calculado} > \chi^2_{tabla}$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se comprueba que existe relación significativa entre las variables de estudio.

En la investigación se obtuvo un $\chi^2_{calculado} = 33.96$, el cual es mayor al $\chi^2_{tabulado} = 5.99$; por lo tanto se afirma que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del Cáncer de Mama al 95% de confianza (Anexo J), por lo que se decide rechazar la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis planteada que demuestra la relación entre estas variables, “A un nivel bajo de conocimientos, las prácticas serán inadecuadas en la prevención del cáncer de mama”.

Se sabe que el conocimiento se transmite a partir de la experiencia que comienza por los sentidos para terminar en la razón y expresarse en la práctica con las actividades que se ponen de manifiesto luego que se

conoce y se aprende en base al conocimiento que se tiene, esto supone que a un mayor nivel de conocimientos se realiza prácticas adecuadas y viceversa, tal y como se encontró en el estudio.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- ❖ Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis, comprobado por la prueba estadística Chi-cuadrado, por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo, específicamente: “A un nivel bajo de conocimientos, las prácticas serán inadecuadas en la prevención del cáncer de mama”, rechazando así la hipótesis nula.
- ❖ El nivel de conocimientos acerca de la prevención del cáncer de mama en las mujeres que participaron en el estudio es de bajo a medio, siendo los aspectos que menos conocen los factores de riesgo relacionados a la edad, menarquía precoz, menopausia tardía, nuliparidad, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco y los medios de detección temprana, demostrando así

que se limita una práctica adecuada haciendo que se retrase el diagnóstico, complicando el tratamiento y posibilidad de curación.

- ❖ La prácticas acerca de la prevención del cáncer de mama en las mujeres que participaron en el estudio, son inadecuadas entre estos destacan frecuencia inadecuada del autoexamen de mamas, periodo que realizan la práctica del autoexamen de mamas, mamografía, consumo de bebidas alcohólicas y falta de ejercicio físico, lo que conlleva un riesgo en la detección temprana de la enfermedad.

B. LIMITACIONES

- ❖ Los resultados solo pueden ser generalizables a la población en estudio o a poblaciones con características similares.

C. RECOMENDACIONES

- ❖ Los profesionales de salud, en especial de enfermería, deben promover, planear y ejecutar actividades preventivo – promocionales concientizando a la población en la gran responsabilidad de cuidar su salud, enfocándose en aquellas enfermedades de creciente incidencia, como es el cáncer de mama, con el objetivo de mejorar el nivel de salud inculcando hábitos y practicas saludables a las mujeres, para mejorar la prevención y detección temprana del cáncer de mama.
- ❖ Es importante brindar a la población los resultados de esta investigación con el fin de promover estilos de vida saludables y la

adquisición de conocimientos en relación a la prevención del cáncer de mama.

- ❖ Desarrollar otras investigaciones en diferentes poblaciones, que valoren el impacto del cambio del estilo de vida y del nivel de conocimientos en la salud de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) (3) Plan Nacional para el fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú. MINSA. Lima, Diciembre 2006.
- (2) (36)INEN. Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer.2010
- (4) (29)Dra. Sonia Elias Dr. Alvaro Contreras CANCER O CARCINOMA DE MAMA .En REVISTA PACEÑA DE MEDICINA FAMILIAR 2008; 5(7): 14-23
- (5) (17)(24)(33)American cancer Society Información sobre el cáncer y la prevención disponible en: <http://www.cancer.org/Espanol>.
- (6) MINSA. Cáncer de mama hace que cada día fallezca una mujer en Lima. Disponible en: www.cuscoince.com
- (7) INEN “Datos epidemiológicos” disponible en: <http://www.inen.sld.pe>
- (8) (28) WIESNER C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Rev Col Cancerol 2007; 11(1):13-22.
- (9) (37)PINILLOS Luis, VALLEJOS Carlos. Coalición Multisectorial “Perú contra el cáncer”. Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Diagnostico Temprano del Cancere Mama a Nivel Nacional. Lima-Perú, 2008.p.17-21.
- (10) MENESES de Oliveira Marise, Conceição Gonçalves Leila Luíza y col. “Mujeres portadores de cáncer de mama: conocimiento y acceso a las medidas de detección precoz, Brasil 2009”
- (11) ACTIS Andrea Mariel, Bergoc Rosa María y col.. “Factores de Riesgo Convencionales y Emergentes en Cáncer de Mama: un estudio en pacientes pos menopáusicas, Argentina 2009”

- (12) MORA Giraldo, Victoria Clara. "Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama, Colombia 2008"
- (13) TORALVA Sobrevilla Cony Lucila. "Relación entre los conocimientos y las practicas sobre autoexamen de mamas en madres que pertenecen al Comité I del Vaso de Leche del AA.HH. "La Quinta Francia" El Agustino 2007"
- (14) RICSE ASENCIOS Janet. "Factores de riesgo y Conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín V.M.T. 2006".
- (15) CUTIPA Clemente Kelly , "Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010"
- (16) SÁNCHEZ C., SÁNCHEZ E., GERSON R. Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. 2003. p: 159-166.
- (18) LEWIS S, Gómez-Dantés H, Sánchez-Vallejo P, Norton C, Nek R, Knaul F. El cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Desafíos para su prevención y control. México: Fundación Mexicana para la Salud, Documento de Trabajo, 2008.
- (19) KNAUL F, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés H. México: Numeralia del Cáncer de mama. Funsalud, Instituto Carso de la Salud. México, DF 2008 Disponible en:
http://www.salud.carso.org/docum/hoja_%20datos_cama.pdf
- (20) LORUSSO C. Cancer de mama Medicina Familiar Y Practica ambulatoria Medicina Familiar y Practica ambulatoria 2da ed. Buenos Aires - Argentina:Panamericana 2006;p. 1994-2001
- (21) (30) KIRBY I. Blond, COPELAND M. La mama, manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.Editorial Medica Panamericana. 3º Ed. Buenos Aires, 2007.

- (22) OTTO Shirley. Enfermería oncológica. Ed. Harcourt Brace 3º ed. España, 1999. Pág. 95
- (23) CANCER: Principles & Practice of Oncology. DeVita VT, Jr., Hellman S, Rosenberg S. 2004 7th Ed.
- (25) ROMOND EH, Perez EA, Bryant J, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2- positive breast cancer. N Engl J Med 2005; 353:1673-1684
- (26) (27) BLANCO Restrepo, Jorge Humberto. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB. Bogotá - Colombia, 2005.
- (31) (32)(47)LUZ KM de la, Sanin Aguirre LH, Romieu I. Manual de muestreo poblacional: aplicaciones en salud ambiental. México, DF:ECO, 1997:25.
- (34) TORRES Mejía G, ÁNGELES Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. Salud Publica de México /2009;51 supl 2.
- (35) Actividad física y Riesgo de Cáncer de Mama disponible en: www.urucan.org.uy/uilayer/ep/doc/Act_Fisica_Cancer_Mama.pdf
- (38) La quinta conferencia mundial de promoción de la salud .*Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad*. México, 2000.Disponible en: www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf
- (39) Prevención de la enfermedad, disponible en: www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf
- (40) Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. OMS, 2008.
- (41) BERTRAND, Russel. “El conocimiento humano”. 5º ed. Editorial Touros S.A. España, 1998.

- (42) ROSENTAL, "Teoria del Conocimiento" disponible en:
www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones.
- (43) KANT E. "Teoria y praxis" disponible en: www.edu.mec.gob.uy/biblioteca%20digital/libros/Kant/teoría/praxis.
- (44) BUNGE, Mario "La investigación científica". 3° ed. Editorial Ariel, Barcelona – España, 2004.
- (45) ALAVI y Leidner (2001) Review of Knowledge Management Systems.
- (46) MINAKATA, Alberto. Gestión del conocimiento. En Revista de Educación Sinectica, México 2009.
- (48) SMITH SE, Pyreh T, Ornelas H. El concepto de investigación-acción con participación comunitaria en pro de la salud. Foro Mundial de Salud, 1993; 4:320-5.
- (49) (50) MARX, K. "Teoría y Praxis" disponible en:
<http://teoriaypraxis sociologica.wordpress.com/tag/marx/>
- (51) OMS: Manual de Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad SIDA/ETS. México D.F. Editorial CONASIDA. Modulo A: pp2. Modulo B: pp 18 – 149.
- (52) OREM, D. Nursing: Concepts of practice . 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.
- (53) (54) PINEDA Elia B. Metodología de la Investigación. 3° edición. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2008.
- (55) Danaei G et al. (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet. 2005 Nov 19;366(9499):1784-93.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ BERTHAND RUSELL. El conocimiento humano. Argentina. Ediciones Orbis S.A. Hyspamerica. 1983.
- ❖ BLANCO Restrepo, Jorge Humberto. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB. Bogotá - Colombia, 2005.
- ❖ BUNGE,Mario “La investigación científica”. 3° ed. Editorial Ariel, Barcelona – España, 2004.
- ❖ DEVITA VT, Jr., Hellman S, Rosenberg S CANCER: Principles & Practice of Oncology.. 2004 7th Ed.
- ❖ KIRBY I. Blond , COPELAND M. La mama, manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.Editorial Medica Panamericana. 3º Ed. Buenos Aires, 2007.
- ❖ KANT E. “Teoria y praxis” disponible en: www.edu.mec.gob.uy/biblioteca%20digital/libros/Kant/teoría/praxis.
- ❖ LORUSSO C. Cancer de mama Medicina Familiar Y Practica ambulatoria Medicina Familiar y Practica ambulatoria 2da ed. Buenos Aires -Argentina:Panamericana 2006.
- ❖ OMS: Manual de Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad SIDA/ETS. México D.F. Editorial CONASIDA. Modulo A: pp2. Modulo B: pp 18 – 149.
- ❖ OREM, D. Nursing: Concepts of practice . 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.

- ❖ OTTO Shirley. Enfermería oncológica. Ed. Harcourt Brace 3º ed. España, 1999.
- ❖ PINILLOS Luis, VALLEJOS Carlos. Coalición Multisectorial “Perú contra el cáncer”. Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Diagnostico Temprano del Cancere Mama a Nivel Nacional. Lima-Perú, 2008.
- ❖ PINEDA Elia B. Metodología de la Investigación. 3º edición. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2008.
- ❖ RAMOS Calero Enrique. Enfermería Comunitaria” Métodos y Técnicas”.Ediciones DAE. Madrid - España, 2002.
- ❖ ROMOND EH, Perez EA, Bryant J, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2- positive breast cancer. N Engl J Med 2005; 353:1673-1684.
- ❖ ROSENTAL, “Teoría del Conocimiento” disponible en: www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones.
- ❖ SÁNCHEZ C., SÁNCHEZ E., GERSON R. Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria.
- ❖ WIESNER C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Rev Col Cancerol 2007.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
A Operacionalización de la variable	I
B Instrumento de recolección de datos	III
C Libro de códigos	VIII
D Cálculo de la muestra	IX
E Validez del instrumento	X
F Confiabilidad del instrumento	XI
G Tabla matriz tripartita sobre nivel de conocimientos	XII
H Tabla matriz tripartita sobre prácticas	XIV
I Categorización de las variables	XVI
J Prueba de hipótesis: prueba chi-cuadrado	XVII
K Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011.	XIX
L Nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011	XX
M Prácticas sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011.	XX
N Edad de las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011	XXI
O Estado civil de las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011.	XXI
P Grado de instrucción de las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011.	XXII

Q	Ocupación de las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011.	XXII
R	Religión de las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011.	XXIII
S	Presencia de hijos en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis Lima – Perú 2011.	XXIII

ANEXO A
OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Conocimientos sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres.	Los conocimientos son un conjunto de ideas, conceptos que adquiere la mujer como resultado de las experiencias o educación que reciba sobre la prevención del cáncer de mama ,patología que ocupa el primer lugar de incidencia y mortalidad en Lima, mediante las actividades de prevención primaria que tienen un enfoque claro de género y estan encaminadas a la educación sobre signos y síntomas, factores de riesgo y medios de detección temprana del cáncer de mama, sensibilizando a la población para la detección y diagnostico temprano de esta enfermedad.	<p>Concepto de cáncer de mama</p> <p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Antecedentes familiares de cáncer - Menarquía precoz - Menopausia tardía - Historia reproductiva - sedentarismo - Obesidad - Consumo de alcohol, tabaco <p>Medios de detección temprana</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoexamen de mama - Examen clínico de mamas - Mamografía 	Alto Medio Bajo	Es toda aquella información que refieran tener las mujeres sobre la prevención del cáncer de mama, el cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado en alto, medio y bajo.

ANEXO B

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

I. PRESENTACION

Estimada Señora o Srta., le saludo cordialmente, mi nombre es Sara Suasnabar Reyes, soy estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un trabajo de investigación con el fin de obtener información sobre lo que conoce y las prácticas que realiza en relación a la Prevención del Cáncer de Mama. En tal sentido solicito su colaboración, contestando las preguntas en forma sincera y veraz, las respuestas son de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su gentil colaboración.

II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta, luego complete los espacios en blanco o marque con un aspa (x), la respuesta que crea conveniente.

III. DATOS GENERALES

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| ▪ Edad: _____ años | ▪ Ocupación: |
| ▪ Estado civil: | a. Su casa |
| a. soltera | b. Trabajo dependiente |
| b. casada | c. Trabajo independiente |
| c. conviviente | ▪ Religión: |
| d. divorciada | a. católico |
| e. viuda | b. evangélico |
| ▪ Grado de instrucción: | c. testigo de Jehová |
| a. Primaria | d. otro |
| b. Secundaria | ▪ Tiene hijos: |
| c. Técnico | a. Si |
| d. Universitario | b. No |

IV. CONTENIDO

1. **Para usted, el cáncer de mama es:**
 - a. Una enfermedad hereditaria
 - b. Una enfermedad contagiosa
 - c. Una tumoración maligna
 - d. Una herida en la mama

2. **La edad en la que se presenta con mayor frecuencia el cáncer de mama en las mujeres es:**
- a. De 20 – 30 años
 - b. De 31 – 40 años
 - c. De 41 años a mas
 - d. No sabe
3. **Las personas que tienen familiares directos (madre, hermanas) con cáncer de mama, tienen mayor riesgo de presentar esta enfermedad:**
- a. Si
 - b. No
 - c. No sabe
4. **¿El riesgo de tener Cáncer de mama aumenta, si la primera menstruación fue antes de los 12 años?**
- a. Si
 - b. No
 - c. No sabe
5. **¿La menopausia después de los 55 años, es un riesgo para desarrollar cáncer de mama?**
- a. Si
 - b. No
 - c. No sabe
6. **¿Quiénes tienen mayor riesgo de presentar Cáncer de mama?**
- a. Mujeres con 1 hijo
 - b. Mujeres con 2 hijos
 - c. Mujeres que nunca tuvieron hijos
 - d. No sabe
7. **Los medios de detección temprana del cáncer de mama son:**
- a. Autoexamen de mama, mamografía
 - b. Mamografía, autoexamen de mama y examen clínico de mama
 - c. Examen clínico de mama, autoexamen de mama
 - d. No sabe
8. **¿Qué es el autoexamen de mamas?**
- a. Un procedimiento que realiza el médico para buscar anormalidades en las mamas.
 - b. Un conjunto de pasos que realiza la propia mujer para buscar anormalidades en su mama.
 - c. Un procedimiento que realiza la enfermera para buscar anormalidades en las mamas.
 - d. No sabe.

9. **¿Con que frecuencia se debe realizar el autoexamen de mama?**
a. Todos los días
b. Cada 15 días
c. Cada mes
d. Cada año
10. **¿Cuál es la frecuencia recomendable para realizarse el examen clínico de mamas?**
a. Una vez al mes
b. Cada 6 meses
c. Una vez al año
d. Cada dos años
11. **¿Qué es la mamografía?**
a. un examen que se hace para buscar problemas en los senos.
b. una máquina especial de rayos x
c. una radiografía de las mamas que puede detectar masas que no son palpables.
d. No sabe
12. **El consumo de alcohol y tabaco aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de mama:**
a. Si b. No c. No sabe
13. **¿La obesidad aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de mama?**
a. Si b. No c. No sabe
14. **¿Si se detecta a tiempo el cáncer de mama es posible su curación?**
a. Si b. No c. No sabe

PRACTICAS

15. **¿Usted practica el autoexamen de mama?**
a. Si b. No

■ Si su respuesta es “SI” responda:

15.1 ¿Con que frecuencia usted realiza el autoexamen de mama?

- a. Todos los días
- b. Cada quince días
- c. Cada mes
- d. Cada año

15.2 En relación al ciclo menstrual, el autoexamen de mamas lo realiza:

- a. Durante la menstruación
- b. Una semana antes de la menstruación
- c. Una semana después de la menstruación
- d. No toma en cuenta la menstruación.

○ Si su respuesta es “NO” responda:

15.3 ¿Por qué no practica el autoexamen de mama?

- a. Porque no es importante
- b. Porque no sabe cómo hacerlo
- c. Porque no tiene tiempo
- d. Porque no siente molestias

16. ¿Con que frecuencia consume frutas y verduras?

- a. Todos los días
- b. 2 veces por semana
- c. 1 vez por semana
- d. Nunca

17. ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

18. ¿Con que frecuencia consume tabaco o cigarrillo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

- 19. ¿Cuánto tiempo acostumbra realizar ejercicios, fuera de su rutina diaria?**
- a. De 10 a 30 minutos
 - b. De 31 a 60 minutos
 - c. A veces
 - d. No realiza ejercicios
- 20. ¿A partir de qué edad puede realizarse la mamografía?**
- a. 30 años
 - b. 40 años
 - c. 50 años
 - d. No es necesario

ANEXO C

LIBRO DE CÓDIGOS

N° DE PREGUNTA	VARIABLE	PUNTUACION			
1	conocimiento	a = 0	b = 0	c = 1	d = 0
2	conocimiento	a = 0	b = 1	c = 0	d = 0
3	conocimiento	a = 1	b = 0	c = 0	
4	conocimiento	a = 1	b = 0	c = 0	
5	conocimiento	a = 1	b = 0	c = 0	
6	conocimiento	a = 0	b = 0	c = 1	d = 0
7	conocimiento	a = 0	b = 1	c = 1	d = 0
8	conocimiento	a = 0	b = 1	c = 1	d = 0
9	conocimiento	a = 0	b = 0	c = 1	d = 0
10	conocimiento	a = 0	b = 0	c = 1	d = 0
11	conocimiento	a = 0	b = 0	c = 1	d = 0
12	conocimiento	a = 1	b = 0	c = 0	
13	conocimiento	a = 1	b = 0	c = 0	
14	conocimiento	a = 1	b = 0	c = 0	
15	practica	a = 1	b = 0		
15.1	practica	a = 0	b = 0	c = 1	d = 0
15.2	practica	a = 0	b = 0	c = 1	d = 0
16	practica	a = 1	b = 0	c = 0	d = 0
17	practica	a = 0	b = 0	c = 0	d = 1
18	practica	a = 0	b = 0	c = 0	d = 1
19	practica	a = 0	b = 1	c = 0	d = 0
20	practica	a = 0	b = 1	c = 0	d = 0

CORRECTA = 1
 INCORRECTA = 0

ANEXO D CÁLCULO DE LA MUESTRA

Para determinar la muestra poblacional se efectuó la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita; para lo cual se considera:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P(1-P)}{E^2(N-1) + Z^2 P(1-P)}$$

N= Tamaño la población

P= Proporción poblacional =0.5

Q= (1-p) = 0.5

E= Error muestral = 0.1

Z= Intervalo de confianza = 1.96 (95% de confianza)

n= Muestra poblacional

Reemplazando:

$$n = \frac{250 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2(250-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{240.1}{3.20} = 75.03$$

$$n = 75$$

ANEXO E

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035

Si $p < 0.05$ la concordancia es SIGNIFICATIVA de acuerdo a los resultados por cada juez.

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

En la determinación del grado de confiabilidad de los instrumentos para medir “El nivel de conocimiento y prácticas sobre el cancer de mama” se seleccionó una prueba piloto de 20 mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis - San Juan de Miraflores, 2011.

Para determinar el nivel de confiabilidad de los instrumentos de medición utilizados en la presente investigación, se utilizó el coeficiente de consistencia KR-20, determinándose que los instrumentos presentan un nivel altamente confiables para realizar una medición objetiva en la investigación.

Coeficiente KR-20: Conocimiento

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i q_i}{S^2} \right) = \frac{20}{20-1} \left(1 - \frac{14 \cdot 2.5}{10.4} \right) = .82$$

Coeficiente KR-20: Prácticas

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i q_i}{S^2} \right) = \frac{8}{8-1} \left(1 - \frac{1.19}{3.35} \right) = .74$$

Donde:

n: N° de ítems

S^2 : Varianza

p_i = Proporción de éxito

$q = 1-p_i$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $KR_{20} > 0.5$

Por lo tanto los dos instrumentos son confiables.

ANEXO G
TABLA MATRIZ TRIPARTITA SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS

INDIVIDUOS	ITEMS														TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	4
2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	11
3	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	5
4	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	8
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	11
6	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
7	1	1	1	0	0	1	1	1	1		1	1	1	1	11
8	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
9	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	6
10	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	5
11	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
12	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	10
13	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	9
14	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	8
15	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	5
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
17	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	6
18	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
19	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
20	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
21	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
22	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
23	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11
24	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
25	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4
26	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	9
27	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	5
28	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	11
29	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
30	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	7
31	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
32	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	8
33	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
34	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	6
35	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
36	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3

37	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
38	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
39	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
40	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
41	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
42	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3
43	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
44	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
45	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4
46	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
47	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
48	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
49	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	7
50	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
51	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
52	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
53	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
54	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
55	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	5
56	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
57	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
58	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
59	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
60	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12
61	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	6
62	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
63	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	6
64	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
65	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
66	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
67	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	5
68	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
69	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	8
70	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	11
71	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4
72	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
73	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
74	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
75	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	6

ANEXO H
TABLA MATRIZ TRIPARTITA SOBRE PRÁCTICAS

INDIVIDUOS	ITEMS								TOTAL
	15	15.1	15.2	16	17	18	19	20	
1	0	0	0	0	1	1	0	0	2
2	1	1	1	1	0	0	0	0	4
3	1	1	0	0	0	1	0	0	3
4	1	0	0	1	0	1	0	0	3
5	1	1	1	1	0	1	0	1	6
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	0	0	1	0	1	0	0	3
8	0	0	0	1	1	1	0	0	3
9	1	0	0	1	0	0	0	0	2
10	0	0	0	1	1	1	0	0	3
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	1	0	1	1	1	0	1	6
13	1	1	0	1	1	1	0	1	6
14	0	1	0	1	1	1	0	0	4
15	1	0	0	1	0	1	0	0	3
16	0	0	0	1	0	0	0	0	1
17	1	0	0	0	1	1	0	0	3
18	0	0	0	1	0	0	0	0	1
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	1	0	1	0	0	2
21	1	0	0	1	0	1	0	0	3
22	0	0	0	0	0	1	0	0	1
23	1	1	0	1	1	1	1	0	6
24	0	0	0	1	0	0	1	0	2
25	1	1	0	1	0	1	0	0	4
26	1	1	0	1	0	0	0	0	3
27	1	1	0	1	0	1	0	0	4
28	1	1	0	1	1	1	0	0	5
29	1	0	0	0	0	0	0	0	1
30	1	1	0	0	0	1	0	1	4
31	0	0	0	1	0	1	0	0	2
32	1	1	1	1	1	1	0	1	7
33	0	0	0	1	0	1	0	0	2
34	1	1	1	0	1	1	0	0	5
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0

36	1	0	0	1	0	1	0	0	3
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38	1	0	0	1	0	0	0	0	2
39	1	0	0	1	0	1	0	0	3
40	0	0	0	0	0	1	0	0	1
41	0	0	0	0	0	1	0	0	1
42	0	0	0	1	0	0	0	0	1
43	0	0	0	1	0	0	0	0	1
44	0	0	0	1	0	1	0	0	2
45	1	0	0	1	0	0	0	0	2
46	0	0	0	0	0	1	0	0	1
47	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	1	0	0	1	0	1	0	0	3
49	1	1	0	1	0	0	0	0	3
50	0	0	0	1	0	0	0	0	1
51	1	1	0	1	0	0	0	0	3
52	0	0	0	0	0	1	0	0	1
53	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	0	0	0	0	0	1	0	0	1
55	1	0	0	1	0	1	0	0	3
56	0	0	0	1	0	0	0	0	1
57	1	0	0	1	0	1	0	0	3
58	0	0	0	1	0	1	0	0	2
59	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	1	1	1	1	0	1	0	1	6
61	1	0	0	1	0	1	0	0	3
62	1	0	0	1	0	0	1	0	3
63	1	1	0	0	0	1	1	0	4
64	0	0	0	0	0	1	0	0	1
65	0	0	0	1	0	1	0	1	3
66	0	0	0	0	0	1	0	0	1
67	1	0	0	1	0	1	0	1	4
68	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69	1	1	0	1	0	1	0	1	5
70	1	1	1	1	1	1	1	0	7
71	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72	0	0	0	0	0	1	0	0	1
73	0	0	0	0	0	0	0	0	0
74	0	0	0	0	0	1	0	0	1
75	1	0	0	0	1	0	0	0	2

ANEXO I

CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES

Se utilizó la Escala de Estanones, a fin de obtener los intervalos para las categorías

$$m = \bar{X} \pm 0.75S$$

Donde:

m = valor deseado

\bar{X} = Promedio

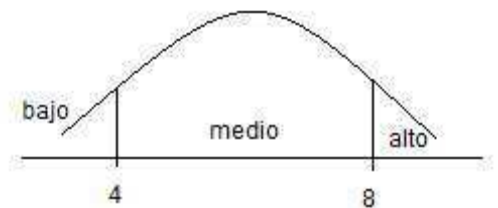
S = Desviación Estándar

a. Categorización del nivel de conocimientos

$$\bar{X} = 7.65$$

$$s = 4.72$$

INTERVALOS	VALOR FINAL
0 - 3	NIVEL BAJO
4 - 8	NIVEL MEDIO
9 - 14	NIVEL ALTO

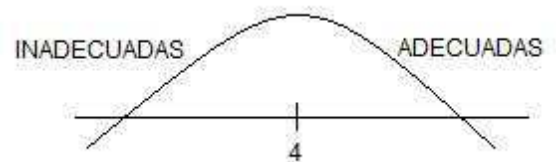


b. Categorización de las prácticas

$$\bar{X} = 2.47$$

$$s = 1.85$$

INTERVALOS	VALOR FINAL
0 - 4	INADECUADAS
5 - 8	ADECUADAS



ANEXO J

PRUEBA DE HIPÓTESIS: PRUEBA CHI-CUADRADO

Hipótesis de Estudio

- H_0 : No existe relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre prevención de cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis.
- H_1 : Existe relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre prevención de cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis.
 - H_{1a} : A un nivel alto de conocimientos, las prácticas serán adecuadas en la prevención del cáncer de mama.
 - H_{1b} : A un nivel medio de conocimientos, las prácticas serán adecuadas en la prevención del cáncer de mama.
 - H_{1c} : A un nivel bajo de conocimientos, las prácticas serán inadecuadas en la prevención del cáncer de mama.

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$

Estadística de Prueba:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$\chi^2_{\alpha} = \chi^2_{(s-1)(a-1)}$$

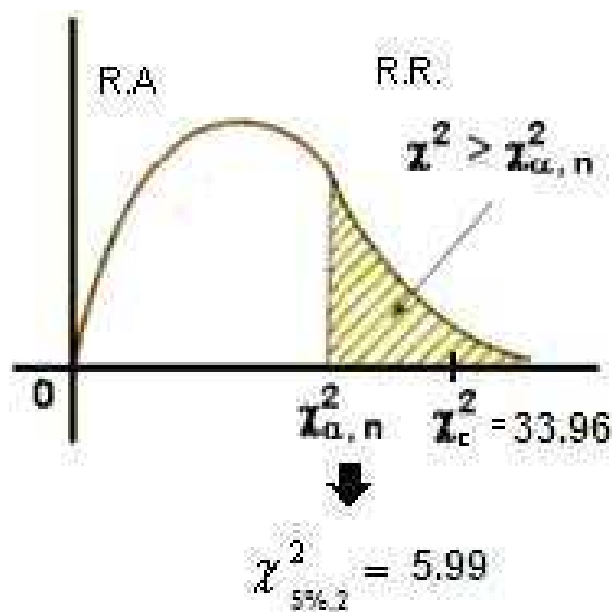
Regla de Decisión:

Si $\chi^2 > \chi^2_{b1a}$ se rechaza la hipótesis nula.

Realizando el cálculo computacional de la prueba chi cuadrado:

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33.96	2	*0.000
N	75		

ANÁLISIS GRAFICO DE LA REGLA DE DECISIÓN



Se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y las prácticas sobre la prevención del Cáncer de Mama al 95% de confianza.

Como la estadística de prueba cae en la región de rechazo se decide rechazar la hipótesis nula, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada.

ANEXO K

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL C.S. VILLA SAN LUIS LIMA – PERÚ 2011

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS				Total	
	Inadecuadas		Adecuadas			
	N	%	N	%	N	%
Bajo	34	46	0	0	34	46
Medio	21	28	10	13	31	41
Alto	0	0	10	13	10	13
Total	55	74	20	26	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis

ANEXO L

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL C.S. VILLA SAN LUIS

LIMA – PERÚ

2011

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	N	%
Bajo	34	46
Medio	31	41
Alto	10	13
TOTAL	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis

ANEXO M

PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN

LAS MUJERES QUE ACUDEN AL C.S. VILLA SAN LUIS

LIMA – PERÚ

2011

PRÁCTICAS	N	%
Inadecuadas	55	74
Adecuadas	20	26
TOTAL	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis

ANEXO N
EDAD DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL
C.S. VILLA SAN LUIS
LIMA – PERÚ
2011

EDAD	N	%
25 – 33	32	43
34 – 42	28	37
43 – 51	11	15
52 - 60	4	5
TOTAL	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden
al C.S. Villa San Luis

ANEXO O
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL
C.S. VILLA SAN LUIS
LIMA – PERÚ
2011

ESTADO CIVIL	N	%
Soltera	15	20
Casada	20	27
Conviviente	37	49
Divorciada	1	1
Viuda	2	3
TOTAL	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden
al C.S. Villa San Luis

ANEXO P
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES
QUE ACUDEN ALC.S. VILLA SAN LUIS
LIMA – PERÚ
2011

GRADO DE INSTRUCCION	N	%
Primaria	15	20
Secundaria	44	59
Técnico	13	17
Superior	3	4
TOTAL	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden
al C.S. Villa San Luis

ANEXO Q
OCUPACIÓN DE LAS MUJERES QUE
ACUDEN ALC.S. VILLA SAN LUIS
LIMA – PERÚ
2011

OCUPACIÓN	N	%
Ama de casa	40	53
Trabajo independiente	18	24
Trabajo dependiente	17	23
TOTAL	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden
al C.S. Villa San Luis

ANEXO R
RELIGIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL
C.S. VILLA SAN LUIS
LIMA – PERÚ
2011

RELIGION	N	%
Católico	57	76
Evangélico	13	17
Testigo de Jehová	2	3
Otro	3	4
TOTAL	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden al
C.S. Villa San Luis

ANEXO S
PRESENCIA DE HIJOS EN LAS MUJERES QUE ACUDEN
AL C.S. VILLA SAN LUIS
LIMA – PERÚ
2011

PRESENCIA DE HIJOS	N	%
SI	63	84
NO	12	16
TOTAL	75	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las mujeres que acuden
al C.S. Villa San Luis